

DEMANDE DEROGATOIRE DE REINSCRIPTION EN DOCTORAT

Année Universitaire 2009 - 2010

ECOLE DOCTORALE DE RATTACHEMENT :

MENTION DE DOCTORAT :

SPECIALITE :

Réinscription en 4^{ème} année Autres (préciser l'année) Université de Provence Université de la Méditerranée Université Paul Cézanne UFR/Faculté de : **915 COM-OSU**Service de la Scolarité 3^{ème} Cycle**Mme Dominique ESTIVAL**

Campus de Luminy, Case 901

163 av. de Luminy, 13288 Marseille cédex 9

Tel. **04 91 82 93 00**Fax : **04 91 82 93 03**Courriel : **dominique.estival@univmed.fr**<http://www.com.univ-mrs.fr>

N° ETUDIANT :

NOM : EPOUSE : PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE PERSONNELLE :

TEL : COURRIEL :

MASTER : SPECIALITE, DATE, LIEU ET UNIVERSITE D'OBTENTION ou EQUIVALENCE

SUJET DE LA THESE :

DIRECTEUR DE THESE : (adresse/tel/fax/courriel) : HDR Docteur d'Etat Autorisation ponctuelle de l'Université CO-DIRECTEUR éventuel (adresse/tel/fax/courriel) : NON HDR HDR Docteur d'Etat

LABORATOIRE (intitulé, identifiant, adresse).....

S'AGIT-IL D'UNE THESE EN COTUTELLE : OUI NON

Si oui, pays, université ou organisme de cotutelle :

MODALITES DE FINANCEMENT de l'année en cours : MONTANT ANNUEL :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- 1 curriculum vitae + liste des publications et projets scientifiques s'il y a lieu.
- Photocopie du diplôme du Master certifiée conforme (pour une première inscription) ou diplôme équivalent
- Justificatifs de position militaire (recensement ET journée de préparation à la défense – APD -)

Les signataires ci-après mentionnés, après avoir pris connaissance de la Charte de Thèse du Collège Doctoral Aix-Marseille Université, s'engagent d'un commun accord à en respecter les termes.

NOM DU DOCTORANT : PRENOMS :

DATE ET SIGNATURE DU DOCTORANT :

PARTIE A COMPLETER PAR LE DOCTORANT

MOTIF DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION DEROGATOIRE

AVIS DU DIRECTEUR DU LABORATOIRE D'ACCUEIL

NOM : DATE : SIGNATURE ET CACHET

ADRESSE DU LABO :

Pour les thèses en cotutelle, joindre une copie de la convention (avenant d'année supplémentaire)

AVIS DU DIRECTEUR DE THESE OU DE TRAVAUX ET DU CO-DIRECTEUR EVENTUEL

NOM : DATE : SIGNATURE ET CACHET

NOM ET SIGNATURE DU CO-DIRECTEUR (éventuellement) :

AVIS DU PARRAIN EVENTUEL

NOM : DATE : SIGNATURE ET CACHET

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ECOLE DOCTORALE (ou de son représentant)

NOM : DATE : SIGNATURE ET CACHET

FAVORABLE

DEFAVORABLE

Motif en cas de refus d'inscription :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

DECISION DU PRESIDENT DE L'UNIVERSITE :

Pour le Président,
Le Directeur d'UFR/Le Doyen